

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 11

---

DE LA  
GASTRO-ENTÉROSTOMIE

juxta-ligamentaire et para-marginale

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 18 Novembre 1924*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Antoine DUPAYRAT**

*Ex-Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon*

né à BOISSET-LES-MONTROND (Loire) le 24 Février 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924



**DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE**  
**JUXTA-LIGAMENTAIRE et PARA-MARGINALE**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 11

---

DE LA  
GASTRO-ENTÉROSTOMIE

juxta-ligamentaire et para-marginale

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 18 Novembre 1924*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Antoine DUPAYRAT**

*Ex-Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon*

né à BOISSET-LES-MONTROND (Loire) le 24 Février 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—  
1924

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                       |                |
|-----------------------|----------------|
| Doyen honoraire ..... | M. H. HUGOUNEN |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE.  |
| Assesseur .....       | M. ROQUE.      |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,  
TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

## PROFESSEURS

|                                                          |                 |
|----------------------------------------------------------|-----------------|
| Cliniques médicales .....                                | MM. BARD.       |
| Cliniques chirurgicales .....                            | ROQUE.          |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....              | TIXIER.         |
| Clinique ophtalmologique .....                           | BERARD.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....     | COMMANDEUR.     |
| Clinique neurologique et psychiatrique.....              | ROLLET.         |
| Clinique des maladies des enfants.....                   | NICOLAS.        |
| Clinique des maladies des femmes.....                    | LEPINE (J.).    |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                  | WEIL.           |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....           | VILLARD.        |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....      | LANNOIS.        |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....   | ROCHET.         |
| Chimie biologique et médicale.....                       | NOVE-JOSSERAND. |
| Chimie organique et Toxicologie.....                     | CLUZET.         |
| Matière médicale et Botanique.....                       | MOREL.          |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....        | HUGOUNENQ.      |
| Anatomie .....                                           | BRETIN.         |
| Histologie .....                                         | GUIART.         |
| Physiologie .....                                        | LATARJET.       |
| Pathologie interne .....                                 | POLICARD.       |
| Pathologie et Thérapeutiques générales.....              | DOYON.          |
| Anatomie pathologique .....                              | COLLET.         |
| Chirurgie opératoire .....                               | MOURIQUAND.     |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie..... | PAVIOT.         |
| Médecine légale .....                                    | X.              |
| Hygiène .....                                            | ARLOING (F.).   |
| Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....            | Etienne MARTIN. |
| Pharmacologie .....                                      | COURMONT (P.).  |
|                                                          | PIG.            |
|                                                          | X.              |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                              |             |
|----------------------------------------------|-------------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe..... | MM. VALLAS. |
| — — — Propédeutique de gynécologie.....      | CONDAMIN.   |
| — — — Chimie minérale .....                  | BARRAL.     |
| — — — Urologie .....                         | GAYET.      |

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                                                     |            |
|-----------------------------------------------------|------------|
| Anatomie topographique .....                        | MM. PATEL. |
| Orthopédie .....                                    | LAROYENNE. |
| Puériculture et hygiène de la première enfance..... | CHATIN.    |
| Chirurgie expérimentale .....                       | LERICHE.   |
| Stomatologie .....                                  | TELLIER.   |

## AGREGES

|                    |                |               |                   |
|--------------------|----------------|---------------|-------------------|
| MM.                | MM.            | MM.           | MM.               |
| NOGIER.            | COTTE.         | CORDIER (V.). | MAZEL.            |
| THEVENOT (Léon)    | DUROUX.        | ROUBIER.      | SANTY.            |
| GARIN.             | TRILLAT.       | FAVRE.        | DUNET.            |
| SAVY.              | SARVONAT.      | BONNET.       | CHALIER (André).  |
| FROMENT.           | FLORENCE (G.). | RHENTER.      | CHALIER (Joseph). |
| THEVENOT (Lucien). | ROCHAIX.       | LEULIER.      | NOEL.             |
| PIERY.             |                |               | CORDIER (Pierre). |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; PATEL, assesseur ;  
COTTE et BONNET, agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

En témoignage de ma reconnaissance.

A MA MÈRE.

Hommage de piété filiale.

A MA SŒUR.

A MA FAMILLE. — A MES AMIS.

A MES CAMARADES  
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

**A MONSIEUR LE DOCTEUR GOULLIoud,**  
*Chirurgien-Chef de l'Hôpital Saint-Joseph.*

Maître dévoué dont le zèle infatigable et l'esprit de méthode furent toujours pour nous l'objet d'une grande admiration.

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous donner des conseils éclairés pour l'élaboration de ce travail.

Nous tenons à lui exprimer ici notre profonde reconnaissance pour la sollicitude et l'extrême bienveillance dont il ne s'est jamais départi à notre égard.

**A MONSIEUR LE DOCTEUR CHABALIER,**  
*Médecin-Chef de l'Hôpital Saint-Joseph.*

Il fut pour nous, pendant une année d'internat passée dans son service, un Maître plein de bonté et de dévouement. Nous nous efforcerons de profiter par la suite du précieux enseignement clinique qu'il nous a donné.

Qu'il veuille bien accepter ici, l'expression de notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEHU,  
*Médecin des Hôpitaux.*

Qui nous fit toujours un excellent accueil dans son service.

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH :

MESSIEURS LES DOCTEURS THEVENET,  
GIULIANI,  
OLIVIER,  
FAYSSE.

A MON JURY.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER,

*Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon,  
Chirurgien des Hôpitaux.*

Qui fut notre premier Maître en  
chirurgie.

Il nous a fait l'honneur d'accepter  
la présidence du Jury de notre thèse.  
Nous le prions d'agréer l'hommage de  
notre respectueuse reconnaissance.



# DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE JUXTA-LIGAMENTAIRE et PARA-MARGINALE

---

## INTRODUCTION

---

*Le traitement de l'imperméabilité du pylore est évidemment le point dominant de la chirurgie gastrique.*

*Autrefois, qu'il y eut à l'origine de cette imperméabilité un néoplasme, ou une sténose cicatricielle, toute intervention avait pour but la suppression pure et simple de l'obstacle pylorique jusqu'au jour où, il n'y a pas encore un demi-siècle, Wölfler créa la gastro-entérostomie.*

*L'importance de cette opération, journellement pratiquée aujourd'hui, est suffisamment démontrée par les innombrables discussions et les nombreux procédés de technique opératoire qu'elle a suscités, pour qu'il soit inutile de le faire ici. Parmi ces procédés, les uns ont eu leur moment de vogue pour être abandonnés par la suite, d'autres ont subsisté plus longtemps, quelques-uns sont récents.*

*Le but de notre travail n'est, certes, pas de les passer tous en revue et d'en faire la critique. Nous nous proposons simplement, après un court exposé des méthodes les plus récentes, de mettre en parallèle avec*

celles-ci une technique de gastro-entérostomie postérieure à anse courte, différente des procédés habituellement employés par les chirurgiens qui recherchent l'iso-péristaltisme, différente, également, des procédés à anastomose verticale, tel que celui de Ricard : c'est le procédé de suspension horizontale de l'anse jéjunale non retournée, avec anastomose directe et para-marginale, qu'emploie couramment, depuis de nombreuses années, M. Goullioud.

L'intérêt de cette méthode nous semble ressortir surtout de la direction donnée à l'anse jéjunale qui respecte la disposition anatomique de l'origine du jéjunum, c'est-à-dire sa direction de droite à gauche.

Cette manière de faire, préconisée aussi par Mayo de Rochester, fut décrite par ce dernier en 1906 (1). M. Goullioud, sans connaître la publication de Mayo, était arrivé naturellement à ce procédé vers la fin de l'année 1907, en se rapprochant de plus en plus du ligament de Treitz dans ses interventions ; depuis cette époque, notre maître l'a employé systématiquement (à moins, évidemment, qu'une raison anatomique, ou tout autre cause, n'imposât l'anse longue avec retournement) ; il a, dès lors, toujours constaté un excellent fonctionnement de l'anastomose et n'a plus été inquiété par ces accidents de coudure d'intestin, de *circulus viciosus*, bien rares aujourd'hui, il est vrai, mais, néanmoins, signalés encore de temps à autre.

Sans avoir la prétention d'exclure les autres pro-

(1) W. MAYO. — *The technique of gastro-jejunostomy* (Annals of Surgery, 1906).

*cédés de gastro-entérostomie postérieure, qui ont parfois leurs indications bien nettes, comme nous le montrerons dans notre dernier chapitre, nous essayerons donc, dans ce court travail, de donner une description un peu détaillée de ce procédé. Nous exposerons ensuite ses raisons anatomiques et physiologiques. Puis, nous apporterons les résultats cliniques d'un chirurgien qui emploie cette méthode très simple depuis de nombreuses années et en a toujours été très satisfait.*

---



## CHAPITRE PREMIER

---

### Historique.

---

C'est à Wölfler, nous l'avons dit, que doit revenir le mérite de la première gastro-entérostomie. Assis-  
tant de Billroth, il ouvrait un jour, en 1881, le ven-  
tre d'une femme atteinte de cancer de l'estomac, avec  
l'intention de faire une résection du pylore, lorsqu'il  
reconnut, au cours de son intervention, que l'ablation  
de la partie dégénérée était impossible ; il imagina  
alors, pour soulager sa malade, d'établir une commu-  
nication entre l'estomac et le grêle. La gastro-enté-  
rostomie était trouvée.

Wölfler eut bien vite de nombreux imitateurs. Le  
premier fut son maître Billroth. Après lui, dans les  
deux ou trois premières années suivantes, Laueus-  
tein, Kocher, Courvoisier, Ransohoff, Rydigier, Socin,  
von Hacker, Hahn essayent ce nouveau procédé, mais  
avec des résultats bien peu encourageants. L'opéra-  
tion est gravée d'une léthalité énorme, variant entre  
65 et 70 %.

Quelques temps plus tard, en 1881, Rockwitz apporte cependant une statistique un peu meilleure : à la suite de certaines améliorations apportées par son maître Lücke au procédé opératoire, la mortalité n'atteint plus chez lui que 57 %.

En France, la gastro-entérostomie eut un accueil bien médiocre. Le premier chirurgien qui tenta l'opération semble avoir été Pozzi qui, pour ses débuts, eut, tout comme ses collègues de l'étranger, des insuccès.

En 1887, Ch. Monod, dans un rapport sur deux observations de gastro-entéro-anastomose pratiquée par son maître Roux de Lausanne, nous montre que les indications de l'opération sont encore bien hésitantes et bien contradictoires. C'est l'époque de l'enfance de la gastro-entérostomie. Les chirurgiens ne se sont pas encore familiarisés avec elle. Roux n'avoué-t-il pas lui-même, qu'à l'autopsie de sa première opérée, il dût constater, avec une véritable stupeur, qu'il avait fait son anastomose en un point situé seulement à 40 centimètres de la valvule de Bauhin. Rockwitz trouve que la recherche de l'angle duodéno-jéjunal est difficile et longue, et qu'il vaut mieux s'en passer.

Néanmoins, les progrès sont rapides ; chaque opérateur enrichit la méthode d'un détail nouveau, d'une observation personnelle.

Mais bientôt, on se rend compte que l'opération se complique fréquemment de certains troubles de la circulation du contenu gastro-intestinal. Parmi ces troubles, parfois légers, mais parfois aussi d'une très grande gravité, on reconnaît bien vite les deux plus importants : 1°) le reflux dans l'estomac du contenu

intestinal ; 2°) le *cercle vicieux* où, par erreur d'aiguillage, le contenu stomacale, au lieu de se verser dans le bout efférent, reflue vers l'anse afférente et s'y bloque sous tension.

C'est alors qu'apparaissent les procédés, plus ou moins ingénieux, destinés à lutter contre ces troubles. Jaboulay préconise la duodéno-jéjunostomie complémentaire et les lavages d'estomac ; Roux applique son procédé en Y.

En 1901, Patersen montre que la gastro-entérostomie à anse courte empêche le cercle vicieux (Hoche-negg avait déjà fait décrire ce procédé par son élève Porgès, en 1897). Czerny, vers la même époque, insiste sur la nécessité de faire l'anastomose sans anse.

Dès lors, la question de l'anse courte est posée. On sait quelle importance lui est attribuée par la suite. Roux n'hésite pas, vers 1906, à abandonner pour elle son procédé en Y, auquel est fait le très grave reproche de prédisposer, tout particulièrement, au développement de l'ulcère peptique du jéjunum. Bien vite de nombreux chirurgiens adoptent également cette nouvelle manière de faire.

MÉTHODES ACTUELLES. — Aujourd'hui, tous les procédés de gastro-entérostomie postérieure (1) qui restent, peuvent être ramenés à trois modes principaux de suspension du jéjunum à la poche prépylorique représentés par les trois procédés suivants :

(1) Nous ne parlons pas ici de la G. E. antérieure, ni de la gastro-duodénostomie qui n'entrent pas dans le cadre de notre sujet.

1°) *Suspension horizontale de l'anse jéjunale retournée* (von Hacker).

2°) *Suspension verticale de l'anse non retournée* (Ricard et Moynihan).

3°) *Suspension horizontale de l'anse non retournée* (Mayo et Goullioud).

Ces trois méthodes différentes ont été bien étudiées dans la partie technique du *Traité médico-chirurgical* de Mathieu, Sencert et Tuffier auquel nous empruntons les schémas ci-dessous qui nous semblent des plus démonstratifs.

Dans le procédé de von Hacker (fig. 1), il y a suspension horizontale de l'anse jéjunale, qui a été retournée de gauche à droite, de telle sorte que les aliments, arrivant de l'estomac de gauche à droite, continuent leur progression dans l'intestin suivant la même direction. C'est le procédé classique de l'isopéristaltisme selon Rockwitz.

Dans le procédé de Ricard et Moynihan (fig. 2), on fait une suspension verticale de jéjunum sur la face postérieure de l'estomac et on établit la bouche anastomotique sur l'anse descendante, généralement sans pratiquer de retournement.

Dans le procédé de Mayo, auquel s'est rattaché M. Goullioud, on fait une anastomose horizontale, très près du ligament de Treitz, *juxta-ligamentaire*, en un point où, normalement et habituellement, le jéjunum a une direction nettement orientée à gauche.

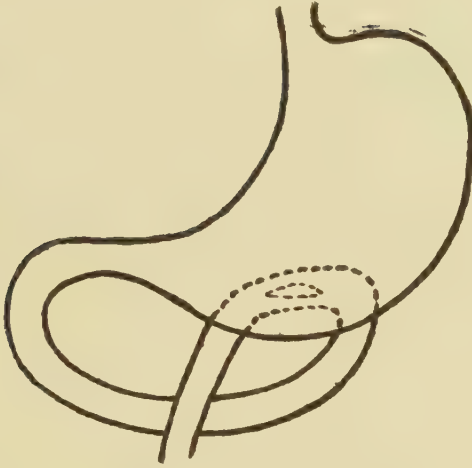


Fig. 1 (d'après MATHIEU, SENCERT et TUFFIER)

*Procédé classique de von Hacker*

L'anse jéjunale appliquée à la face postérieure de l'estomac est orientée de gauche à droite. Il y a isopéristaltisme des deux viscères,

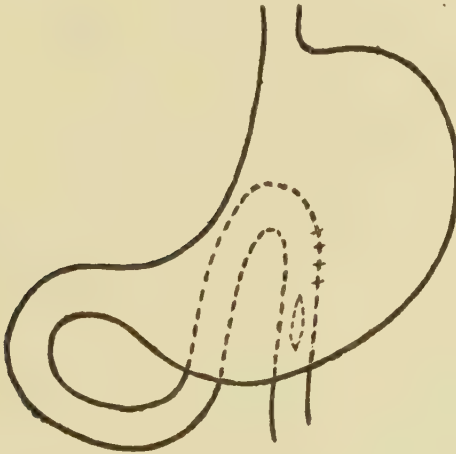


Fig. 2 (d'après MATHIEU, SENCERT et TUFFIER)

*Procédé de Ricard et de Moynihan*

Suspension verticale de l'anse non retournée. Au-dessus de la bouche qui est faite le plus près possible de la grande courbure, la branche afférente est maintenue accolée à la face postérieure de l'estomac par quelques points.

On respecte cette disposition anatomique en faisant une anastomose *directe*, sans retournement et à anse très courte, ou même, plus exactement, sans anse.

La manière de faire dans ce dernier procédé qui fera l'objet de notre étude est donc bien différente de celle qu'emploient tous les chirurgiens qui recherchent l'isopéristaltisme en retournant l'anse jéjunale. Dans

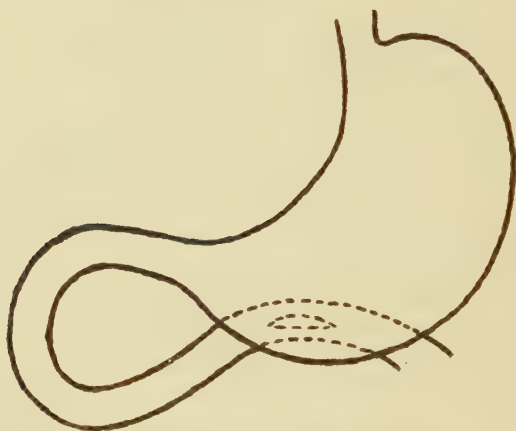


Fig. 3 (d'après MATHIEU, SENCERT et TUFFIER)

*Procédé de Mayo et Goullioud*

Suspension de l'anse intestinale de droite à gauche en vue de conserver à la première anse jéjunale sa direction normale vers la gauche et placer l'orifice intestinal le plus près possible de l'angle duodéno-jéjunal.

un cas, il y a renversement de l'anse, anastomose plus ou moins éloignée du ligament de Treitz, direction à droite de la branche efférente ; dans l'autre, l'anastomose est faite sans retournement, très près du Treitz et sa branche efférente se dirige nettement à gauche.

Ce procédé est également différent de ceux à anastomose verticale, tel que celui de Ricard (fig. 2), dans

lequel l'anse jéjunale, plus ou moins longue, est suspendue sur la face postérieure de l'estomac, avec une anastomose parallèle à la direction des vaisseaux qui partent de la grande courbure. Dans le procédé de M. Goullioud, l'anastomose est horizontale, presque parallèle à la grande courbure dont elle est très peu distante.

Une publication faite, récemment, dans la *Presse Médicale*, par M. Aumont de Paris, sur le bon fonctionnement de cette anastomose directe, qu'il emploie depuis quelque temps, a soulevé une courte discussion à la Société Nationale de chirurgie. M. Cunéo parut étonné de l'importance donnée par Aumont à un procédé qu'il croyait décrit depuis longtemps, en France par Ricard et Chevrier, en Allemagne par Patersen. M. Goullioud, dans une communication ultérieure, précisa la question et montra clairement que, si son procédé avait quelque analogie avec ceux de Ricard ou de Patersen, il en était bien différent par plusieurs points. Nous venons de le voir plus haut, nous n'insisterons pas davantage.

---



## CHAPITRE II

---

### **Gastro-entérostomie para-marginale et juxta-ligamentaire.**

---

#### I. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Dans son traité de *Technique Chirurgicale*, Marion, insistant sur l'isopéristaltisme de la gastro-entéro-anastomose, expose ainsi la méthode : « Pour bien faire, il faut 1<sup>o</sup>) que l'anse soit disposée de telle sorte que la circulation se fasse, au niveau de l'anastomose, de gauche à droite : l'anse sera donc rabattue à droite étant donnée qu'elle est fixée à gauche ; 2<sup>o</sup>) que l'anastomose ne soit pas faite trop près de son point fixe, pour qu'il ne se produise pas de tiraillements ou de coudure ; il faut que l'anastomose soit faite à dix centimètres environ de son point fixe... ».

Voici exposé la gastro-entérostomie telle qu'elle est pratiquée par la majorité des chirurgiens français. Pauchet, également, dans ses nombreux dessins de chirurgie gastrique, situe toujours la bouche anastomotique sur l'anse revenant de gauche à droite.

Or, M. Goullioud, pour les raisons que nous exposons dans le paragraphe suivant, agit tout autrement. Il pratique son anastomose en un point beaucoup plus rapproché du ligament de Treitz, *juxta ligamentaire*, point où, normalement, le jéjunum a une direction nettement orientée vers la gauche et presque horizontale.

Voici exactement décrite par lui-même sa manière de faire :

« Quand le colon transverse est relevé et que j'ai repéré le commencement du jéjunum, j'ouvre le méso-colon dans un espace avasculaire, près de sa base ; je cherche par cette brèche le point de l'estomac où je veux placer l'anastomose et, en m'aidant de deux pinces en cœur, je fais avec une pince élastique de Doyen un pli transversal sur la face postérieure de l'estomac, parallèlement à la grande courbure, et à deux ou trois centimètres environ de celle-ci, pour éviter les plus gros vaisseaux qui rayonnent de cette courbure. Pour l'estomac, la bouche est donc *postérieure et para-marginale*. Je fais de même un pli sur le jéjunum, sur son bord supérieur, aussi près que possible du ligament de Treitz, en lui laissant sa direction naturelle à gauche.

Les deux pinces à coprostase sont à peu près horizontales et transversales et leurs anneaux sont à gauche, du côté de mon aide. L'anastomose est faite en générale à trois plans de suture Terminée, elle a son extrémité proximale en moyenne à deux doigts du ligament de Treitz. Si l'on se rapproche trop de ce ligament, on est gêné par la difficulté d'extérioriser

l'anse jéjunale à moins que l'on ne sectionne quelques fibres du ligament pour mobiliser l'intestin.

Ensuite, comme tout le monde, je fixe les deux côtés de la brèche du méso-colon à la paroi gastrique, immédiatement au-dessus de l'anastomose, non seulement pour empêcher la hernie des anses grêles dans l'arrière-cavité des épiploons, mais aussi pour empêcher l'estomac d'entraîner l'anastomose et de la dévier. L'anastomose reste fixe et à peu près transversale, descendant à peine en bas et à gauche.

J'ai soin, avant de rabattre le colon transverse, de refouler le bout distal du jéjunum à gauche pour que l'intestin ne se coude pas à l'extrémité distale ou gauche de l'anastomose. Il a, d'ailleurs, peu de tendance à le faire si l'anastomose est très proche du Treitz. »

Nous n'ajouterons rien au point de vue du procédé opératoire à cette description bien complète ; nous n'insisterons pas sur les modifications de technique créées par le décollement colo-épiploïque qui n'est pas nécessaire dans la gastro simple et qui a ses indications particulières. Nous n'insisterons pas, non plus, sur la technique des cas où l'on doit faire l'anastomose au-dessus du colon transverse, par effondrement du méso-colon et de l'épiploon gastro-colique.

Par contre, deux questions semblent bien trouver ici leur place, ce sont celles : des *lavages d'estomac* et de l'*anesthésie*.

Y a-t-il lieu de pratiquer systématiquement des lavages d'estomac dans la gastro-entérostomie, soit avant, soit après l'opération ?

M. Goullioud ne le pense pas.

Avant l'intervention, il estime qu'il y a des cas de nécessité où l'on ne doit pas hésiter à évacuer l'estomac, ce sont les cas de rétention gastrique. Mais c'est alors la veille de l'opération qu'il faut faire le lavage, et non pas le matin même (à moins que le malade ne soit habitué à se passer la sonde). Très souvent, en effet, il y a une réelle difficulté à introduire cette sonde chez des gens qui n'y sont pas habitués ; on les voit, alors, vomissant, toussant, se débattant, les yeux injectés, en un mot sous le coup d'un véritable shock, quelques instants avant d'être opérés. Et puis, ne peut-on se demander si, dans ces lavages pénibles, quelques gouttes des liquides vomis ne risquent pas de pénétrer dans les voies respiratoires et de jouer ainsi un certain rôle dans ces pneumonies post-opératoires trop fréquentes encore aujourd'hui en chirurgie gastrique.

En dehors de ces cas de rétention plus ou moins accusée, l'indication du lavage d'estomac semble bien moins formelle. Il sera toujours bon de le faire si le malade est habitué à la sonde. Dans le cas contraire, il sera généralement préférable de s'en abstenir, les pinces de Doyen étant une garantie suffisante contre l'issue du contenu gastrique pendant l'opération. Nous n'ignorons pas que ces lavages ont, d'après les théories modernes, un autre but que celui d'une simple évacuation gastrique et qu'ils doivent lutter contre l'infection, à point de départ stomacal, qui, par des voies différentes selon les auteurs, peut gagner le poumon. Mais contre ce danger, peut-on préconiser un simple lavage gastrique qui risque lui-même, com-

me nous le disions plus haut, de contaminer les voies respiratoires supérieures ? Il est bien certain, par contre, que la question sera tout autre si l'on arrive un jour, d'après la méthode de Grégoire, défendue au dernier Congrès de chirurgie par Lambret de Lille, à aseptiser suffisamment la cavité gastrique par un lavage à l'eau iodée.

Quant aux lavages d'estomac après l'intervention, notre maître ne les emploie qu'exceptionnellement, en cas de trouble évident de la circulation gastro-intestinale.

Au point de vue *anesthésie*, il nous semble intéressant de signaler ici l'emploi presque constant par M. Goullioud de l'anesthésie locale en chirurgie gastrique. Très suffisante dans la majorité des cas, avec adjonction d'une piqûre de morphine de un ou deux centigrammes, et de quelques bouffées de Billroth pendant la suture de la paroi, cette anesthésie paraît bien moins dangereuse au point de vue des complications pulmonaires que l'anesthésie générale. C'est, du moins, ce qui ressort nettement d'une statistique que nous fîmes récemment et que nous reproduisons ici :

335 gastro ou pylorectomies ont donné 18 morts par complications pulmonaires, soit une mortalité de 5.37 pour 100.

L'anesthésie générale a donné, pour 183 cas, 14 morts, soit une mortalité de 7.65 pour 100.

L'anesthésie locale a donné, pour 137 cas, 4 morts soit une mortalité de 2.77 pour 100.

Si nous recherchons la mortalité séparément chez l'homme et chez la femme nous trouvons :

*Chez l'homme* : l'anesthésie générale a donné, pour 87 cas, 11 morts, soit une mortalité de 12.64 pour 100.

L'anesthésie locale pour 90 cas, a donné 4 morts, soit une mortalité de 4.44 pour 100.

*Chez la femme* : l'anesthésie générale, pour 96 cas, a donné 3 morts, soit une mortalité de 3.12 pour 100.

L'anesthésie locale, pour 47 cas, a donné aucune mort, donc mortalité : 0.

Cette statistique nous paraît caractéristique, nous ne la commenterons pas davantage.

---

## II. — RAISONS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES DU PROCÉDÉ

La technique que nous venons de décrire est basée sur une raison anatomique.

Fréquemment, au cours de ses interventions gastriques, notre maître eut l'occasion de constater (et il nous le montra plusieurs fois lorsque nous fûmes son aide) que le jéjunum, dès son origine, au ligament de Treitz, se portait obliquement à gauche, tombant, pour ainsi dire dans le flanc gauche, sur le versant du corps vertébral avant de revenir à droite.

Cette disposition anatomique qui avait déjà été bien décrite par Jonnesco, fut étudiée par W. Mayo qui l'expose d'une façon très nette : « Le jéjunum,

dit-il, à partir de son origine tombe immédiatement dans la fosse abdominale gauche. Non seulement il passe à gauche, mais il s'infléchit en arrière vers la loge rénale gauche sous la courbure splénique du colon, de telle sorte qu'en un point situé à quatre pouces de son origine, il se trouve situé à gauche et en arrière (1). »

Une étude récente de M. Aumont de Paris, qui pratique depuis quelque temps le procédé de Mayo, vient encore corroborer cette description anatomique (2).

La plupart des traités d'anatomie sont en général très succincts sur la direction de cette première partie du jéjunum; nous en avons cependant trouvé une description intéressante dans l'*Anatomie humaine* de Poirier et Charpy : « Le jéjuno-iléon, disent ces auteurs, commence au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, de là il se dirige d'abord en bas, en avant, et à gauche, puis il se replie de gauche à droite.... » Ils ajoutent que l'origine du jéjunum présente certaines variétés mais : « ordinairement, 12 fois sur 20, d'après Harman, l'intestin, à partir de l'angle duodéno-jéjunal, se dirige d'abord à gauche et en avant, 6 fois sur 20 il s'infléchit directement en avant et en bas, le long de la quatrième partie du duodenum, et dans 2 cas sur 20 seulement il se dirigerait directement à droite. »

Si donc la première partie du jéjunum a une direction normalement orientée à gauche, il est évident que

(1) W. MAYO. — *Annals of Surgery*, 1916.

(2) AUMONT. — Gastro-enterostomie à anse très courte, *Presse Médicale* du 5 décembre 1923.

lorsqu'on veut faire une anse aussi courte que possible, suivant le procédé classique, décrit par Marion, c'est-à-dire en conservant l'isopéristaltisme, la bouche anatomatique pratiquée sur le jéjunum, près du ligament de Treitz, est située sur la partie de l'anse à direction gauche ; on lui fait donc subir un véritable retournement, on lui impose une situation différente de celle qu'elle a naturellement, on détermine, près de l'angle duodéno-jéjunal, un nouvel angle plus ou moins accusé, qui ne laisse pas de faire craindre quelques risques post-opératoires.

Si la bouche, par contre, est pratiquée à une certaine distance du point fixe, c'est-à-dire sur une partie de l'anse qui revient normalement à droite, le retournement n'existe plus, mais c'est alors un procédé à anse longue, qui n'est certainement pas exempt de tout danger.

De par cette simple disposition anatomique de l'origine du jéjunum, il semble donc bien logique, lorsqu'on veut faire une gastro-entérostomie à anse très courte, de ne pas contrarier, pour ainsi dire, l'anse jéjunale, de telle sorte que, l'anastomose faite, son mésentère, plus ou moins violenté, ne tende pas, en reprenant sa disposition naturelle, à couder l'intestin, comme cela s'observe encore de temps à autre. L'angle duodéno-jéjunal se trouvant toujours situé au-dessus de la grande courbure, il n'y a donc qu'à tendre directement la première anse jéjunale dans sa direction normale à gauche, l'appliquer contre la face postérieure de l'estomac, presque horizontalement, pour avoir les parties bien en place.

COMMENT FONCTIONNE LE NÉO-PYLORE. — Nous ne voulons pas étudier ici le fonctionnement de la bouche anastomotique dans la gastro-entérostomie en général et discuter les objections faites parfois à cette intervention pour les troubles qu'elle peut apporter à la circulation du contenu gastro-intestinal, ou pour son fonctionnement plus ou moins capricieux, selon l'imperméabilité du pylore. Cette question, qui a fait l'objet de nombreux travaux et en particulier d'une très intéressante étude de M. Métraux (1), ancien assistant de la clinique de Roux, de Lausanne, est hors de notre sujet. Nous n'envisagerons donc le fonctionnement du néo-pylore que dans le cas particulier de la gastro-entérostomie juxta-ligamentaire.

Les aliments, arrivant de l'estomac, sont déversés dans le jéjunum, de haut en bas, et sont entraînés ensuite par le péristaltisme intestinal, dans le sens où se fait normalement la circulation du jéjunum à son origine, c'est-à-dire de droite à gauche.

En outre du péristaltisme de l'intestin, les aliments n'ayant devant eux aucun obstacle, aucune coudure artificielle, progressent aussi sous l'influence d'une véritable chasse, réalisée par les abondantes sécrétions des glandes digestives (foie, pancréas), qui arrivent directement du duodénum. Ces sécrétions ne sont certainement point négligeables, puisque M. Goullioud constata, chez une femme atteinte de fistule duodénale, qu'après avoir supprimé tout écoulement ali-

(1) A. MÉTRAUX. — Les résultats éloignés de la G. E. postérieure simple dans les ulcères de l'estomac et du duodénum.

mentaire par exclusion du pylore, la fistule donnait près de deux litres de liquide glandulaire par jour.

Evidemment, cette manière de faire ne respecte pas le principe de l'*isopéristaltisme* de Rockwitz, qui veut que les aliments, venant de l'estomac de gauche à droite, continuent à s'écouler dans l'intestin, suivant la même direction ; mais, depuis que, la radioscopie nous a parfaitement renseigné sur le mécanisme de la circulation alimentaire dans l'estomac et l'intestin, on doit bien admettre, avec MM. Th. Tuffier et J.-L. Berger, qu'il « n'y a pas avantage à ce que l'anse soit disposée de telle sorte que ses contractions soient isopéristaltiques par rapport aux contractions gastriques... » (1).

*La radioscopie*, du reste, nous a toujours montré un excellent fonctionnement de la bouche anastomotique dans cette méthode non isopéristaltique. Souvent même, lorsqu'il s'agissait d'un estomac petit, non ptosé, nous avons pu suivre le liquide bismuthé immédiatement après sa sortie de l'estomac et le voir se diriger, sans la moindre gêne, à gauche et un peu en bas. M. Aumont signale également que le fonctionnement de l'anastomose, dans son procédé qui est analogue à celui de M. Goullioud, a été contrôlé par des radiologues différents (MM. Chapperon, Delherm, D. de Prades, Friedel), qui, tous, ont toujours constaté une bonne évacuation gastrique.

---

(1) A. MATHIEU. L. SENGERT, TH. TUFFIER. — *Traité Médico-Chirurgical des Maladies de l'Estomac et de l'Esophage.*

### CHAPITRE III

---

#### Résultats cliniques.

---

Il nous a paru intéressant de rechercher les résultats opératoires de la gastro-entérostomie, telle que la fait M. Goullioud, et de voir ainsi dans quelle mesure ces résultats nous autorisaient à préconiser la méthode.

Pour ce faire, sans parti pris et avec le seul désir de rester objectif, nous avons recherché le plus grand nombre possible d'observations se rapportant à des cas de sténose pylorique, d'origines diverses, opérés par notre maître, soit avant, soit depuis qu'il emploie sa méthode d'anastomose directe.

Les résultats que nous recherchions étant uniquement des résultats opératoires, nous n'avons pas cru devoir éliminer les cancers de notre statistique. Pour la même raison, nous avons délibérément laissé de côté les complications qui peuvent suivre toute intervention, comme accidents pulmonaires, shocks, etc., ainsi que toute affection intercurrente ou récidive. En

un mot, nous avons limité nos recherches aux accidents de la circulation gastro-intestinale dus à l'opération elle-même.

Nous avons pu rassembler ainsi 372 cas de gastro-entérostomie (gastro simples ou avec pylorectomie). Nous avons réparti ces opérations en deux groupes : l'un se composant uniquement d'interventions avec anastomose à *anse longue* (la plupart de celles-ci étant antérieures à 1908), l'autre ne comportant, au contraire, que des interventions avec anastomose à *anse courte*.

Notre premier groupe comprend 104 gastro-entérostomies à anse longue. Sur ce nombre, nous avons trouvé :

8 cas de *troubles circulatoires passagers* ;

5 cas de *circulus viciosus vrai*.

Pour 4 de ces cas de *circulus*, il fallut réintervenir, en établissant une jéjuno-jéjunostomie complémentaire, au bouton. Deux opérés guérissent, les deux autres succombèrent par complication pulmonaire. Le cinquième cas est celui d'une opérée, morte le quarante-septième jour, à l'autopsie de laquelle on trouva une forme latente de *circulus* incomplet qui l'empêcha de se relever.

Notre deuxième groupe comprend 268 gastro-entérostomies à anse courte. Sur ce nombre, nous avons relevé :

7 cas de *troubles circulatoires passagers* ;

2 cas de *circulus viciosus*.

Ces deux derniers accidents survinrent, l'un, parce que l'aide avait renversé, par mégarde, la pince duodénale, au cours de l'opération, l'autre, par suite d'une obstruction sous-jacente, par épiploïte. Ces deux cas, du reste, se terminèrent heureusement, après jéjunostomie secondaire.

En résumé, si l'on met à part les troubles circulatoires passagers qui, pour la plupart, furent sans gravité, à l'exception, peut-être, d'un cas récent, rapporté dans notre observation VII, qui fut alarmant pendant quelques jours, mais qui se termina bien, nous avons, dans nos deux groupes d'opérations, un pourcentage de cas de circulus bien différent et bien en faveur de l'anastomose à anse courte.

Dans un groupe, en effet (méthode à anse longue), nous avons 5 circulus pour 104 opérations, *soit* 4.80 %.

Dans l'autre groupe (méthode à anse très courte), nous avons 2 circulus pour 268 opérations, *soit* 0.74 %.

Encore, devons-nous noter que l'un de ces deux derniers cas relève uniquement d'une faute opératoire.

---



## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

*Sténose cicatricielle du pylore. — Gastro-entérostomie postérieure directe, très près du ligament de Treitz. — Bonnes suites opératoires. — Guérison.*

M. H..., âgé de 33 ans, entre dans le service, le 15 décembre 1919, pour crises gastriques aiguës, avec phénomènes d'intolérance.

Le malade a des troubles digestifs depuis une dizaine d'années. Au début de son affection, il éprouvait, deux ou trois heures après les repas, une sensation de brûlure au niveau du creux épigastrique, avec irradiation dans le dos, le long de la colonne vertébrale. A ce moment-là il avait quelques régurgitations acides, mais pas de vomissement.

Mobilisé en 1914, le malade est évacué en 1917, pour troubles digestifs. Il vomissait alors fréquemment, après les repas. Ces vomissements étaient, le plus souvent, bilieux, mais parfois aussi alimentaires. A plusieurs reprises, des aliments, ingérés la veille, y furent retrouvés.

Depuis août 1919, la douleur est constante et les vomissements presque quotidiens.

Il n'y a jamais eu d'hématémèse ni de méloëna.

A l'entrée, amaigrissement notable.

A l'examen, on trouve un peu de clapotage et quelques ondes péristaltiques. La palpation profonde ne révèle rien de particulier si ce n'est un peu de sensibilité à gauche de l'ombilic.

*Examen radioscopique* (Docteur Arcelin).

A 11 h. 30 du matin, le liquide bismuthé pénètre normalement. Estomac abaissé, dilaté, atonique. Niveau du liquide horizontal et médian.

A 8 h. 30 du soir, la moitié du bismuth environ est encore dans l'estomac, le reste dessine le cœcum et le côlon transverse.

Conclusion : sténose du pylore, produisant un retard considérable dans la circulation gastro-intestinale.

*Opération le 17 décembre 1919* (Docteur Goullioud).

On a fait, le matin même, un lavage d'estomac.

Anesthésie locale à la néocaïne. Morphine : 0 gr. 02.

On trouve un grand estomac, vidé par le lavage. Une petite cicatrice blanche, étoilée, existe sur la face antérieure du pylore. On sent, sous le doigt, un épaississement qui correspond à la petite courbure (région prépylorique). En soulevant le mésocolon transverse, on constate, à sa face profonde, des brides cicatricielles.

Le diagnostic n'est donc pas douteux.

On fait une G. E. P. transmésocolique, directe, à anse très courte, très près du ligament de Treitz.

Suture ordinaire, à 3 plans au fil de lin.

Fermeture de la paroi abdominale en un plan, au crin de Florence.

*Suites.* — Pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'intervention, le malade présente une légère élévation thermique, et quelques gros ronchi aux deux bases, qui disparaissent, d'ailleurs, très vite.

Au point de vue opératoire, suites excellentes : aucune régurgitation, aucune hémorragie, pas de lavage d'estomac. Deux ans plus tard environ, on trouve, à la radioscopie, un bon fonctionnement de la bouche anastomotique.

Actuellement, le malade va aussi bien que possible.

---

## OBSERVATION II

*Ulcère calleux du pylore avec de nombreuses adhérences au foie. — Gastro-entérostomie postérieure, non isopéristaltique. — Bonnes suites opératoires constatées pendant six mois.*

M. S..., 47 ans, cultivateur, entre dans le service, le 4 octobre 1922, pour troubles digestifs.

Ces malaises ont débuté en 1914, par des crises douloureuses gastriques, survenant deux ou trois heures après les repas. Progressivement, pendant une année, les douleurs sont devenues de plus en plus fortes et finirent par s'accompagner, en 1915, de quelques vomissements.

Un régime lacto-végétarien, assez strictement observé par la suite, atténua tous ces troubles, pendant quelques années.

Mais en 1920, les douleurs deviennent plus aiguës, les vomissements, glaireux ou alimentaires, deviennent plus fréquents, presque quotidiens. Cet état persiste jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital.

L'amaigrissement est rapide : 21 kgs en deux ans environ.

*Examen.* — La palpation de l'abdomen ne provoque qu'une légère douleur sous le rebord costal gauche. Le ventre est plutôt rétracté. L'estomac fait pourtant une petite voussure au niveau de la ligne médiane, mais on ne sent pas d'induration.

*Radioscopie* (Docteur Charrat). — Rétention partielle après quatre heures. Le bas-fond est à deux doigts au-dessous des crêtes iliaques.

Mobilité diminuée.

Contractilité amoindrie.

Contours très irréguliers de la petite courbure, correspondant à une image lacunaire sur la grande courbure.

*Intervention* (Docteur Goullioud), 6 octobre 1922.

Anesthésie locale à l'alcoïne. Morphine : deux centigrammes.

On trouve une induration, très nette, du pylore avec des adhérences à la face inférieure du foie, et aussi, dans la profondeur. On a l'impression très nette qu'il s'agit d'un ulcère calleux de la région pylorique ou prépylorique. On renonce à la pylorectomie qui serait rendue très difficile par les adhérences de périgastrite, et l'on se contente de faire une simple G. E. P. transmésocolique, très près du ligament de Treitz, en conservant à la première partie du jejunum sa direction naturelle à gauche. Suture à trois plans, au catgut pour la muqueuse, au fil de lin pour les deux autres plans.

Fermeture de la paroi, en un seul plan, au crin de Florence.

*Suites opératoires.* — Les suites immédiates furent des plus simples. Pas de régurgitations, pas d'hémorragie. Aucun lavage d'estomac.

Le malade quitte l'hôpital, environ trois semaines plus tard, ayant repris 5 kilogr.

Le 20 mars 1923. Le malade vient se montrer, absolument satisfait. Ne souffre plus, a repris son travail habituel, et prétend avoir repris 12 kgs depuis son opération.

---

### OBSERVATON III

*Anciens ulcus avec brides cicatricielles nacrées dans l'arrière-cavité des épiploons. — Gastro-entérostomie postérieure non iso-péristaltique. — Bonnes suites opératoires.*

Femme de 28 ans, entre à l'hôpital le 12 décembre 1923 pour troubles digestifs dont le début remonte à six ans environ.

Elle aurait eu une première crise en 1917, caractérisée par une vive douleur au creux épigastrique, avec irradiation dans le dos. Cette douleur dura plusieurs jours.

Deux nouvelles crises, survenues, l'une en 1918, l'autre en 1922, furent également très douloureuses et durèrent plusieurs mois.

La dernière crise remonte au mois d'août 1923. Depuis cette époque, la malade se plaint de douleurs, toujours très vives, à l'épigastre, survenant en général une heure après les repas, mais se produisant, parfois aussi, immédiatement après la moindre ingestion alimentaire.

Aucun vomissement, mais très fréquents renvois acides, surtout le matin à jeun.

*A l'examen.* — Malade présentant encore un bel embonpoint; elle prétend cependant avoir sensiblement maigri depuis quelque temps.

L'abdomen est souple, permettant une palpation profonde qui ne révèle rien d'anormal, si ce n'est un point douloureux au niveau de l'épigastre.

*Radioscopie* (Docteur Charrat). — Pas de rétention gastrique après cinq heures.

Remplissage normal de l'estomac sous l'écran.

Pylore sur les lignes médiane et bi-iliaque.

Contour régulier. Mobilité normale.

Zone douloureuse le long de la petite courbure, presque sur le duodénum.

*Opération le 27 décembre 1923* (Docteur Goullioud).

Pas de lavage d'estomac antérieur.

Anesthésie générale au Billroth.

On ne constate aucune induration, ni sur le pylore, ni sur le duodénum dont on examine les quatre parties. Mais on trouve dans l'arrière-cavité des épiploons de petites brides nacrées, nettement cicatricielles.

On pratique une gastro-entérostomie trausmésocolique postérieure et directe, à anse très courte.

Suture à trois plans, dont deux au fil de lin et un (plan muqueux) au catgut.

*Suites immédiates* des plus simples. Aucun vomissement, aucun trouble. Pas de lavage d'estomac.

*Le 20 mars 1924.* — La malade se plaint encore d'une légère douleur à l'épigastre après les repas.

Etat général excellent. Nerveuse.

A la radio : pas de rétention après quatre heures. Remplissage normal, Anastomose fonctionnant bien. Pas de contraction visible sur les courbures. Rien ne passe par le pylore pendant l'examen.

---

#### OBSERVATION IV

*Dyspepsie chronique. — Crainte d'ulcus. — Gastro-entérostomie postérieure directe. — Exclusion du pylore. — Suites simples. — Guérison constatée pendant quatre ans.*

Mlle Ch... Marie, âgée de 35 ans, est envoyée à l'hôpital Saint-Joseph, le 13 avril 1917, pour troubles gastriques.

Ces troubles datent de trois ou quatre ans environ; ils ont débuté par des douleurs sourdes, au creux épigastrique, survenant à tout moment, sans horaire déterminé.

Subitement, en mars 1914, survient une hématemèse abondante. A partir de ce moment, les douleurs s'espacent, surviennent par crises, séparées par de longs intervalles de un, deux ou trois mois.

Depuis février 1917, les crises sont plus aiguës, plus rapprochées les unes des autres, mais nullement influencées par les repas. La malade ne vomit pas, mais elle éprouve une sensation de pesanteur, constante, au niveau de la région ombilicale.

Depuis quelques semaines, anorexie complète et amaigrissement notable.

Un Weber, pratiqué quelque temps avant l'entrée à l'hôpital, aurait été positif.

A l'entrée, la malade est très anémiée. On trouve, à l'examen, un point douloureux, situé un peu à droite du creux épigastrique. Il n'y a pas de ballonnement, pas de tuméfac-

tion perçue, pas d'ondes péristaltiques. En somme, pas de signe objectif net, si ce n'est un peu de clapotage.

*L'examen radioscopique* indique que l'estomac se dessine, allongé, du diaphragme jusqu'à trois doigts au-dessous de l'ombilic, en station debout.

*Opération, 2 mai 1917* (Docteur Goullioud).

Anesthésie au kélène et à l'éther, sans incident.

On éviscère l'estomac et la première partie du grêle, afin de découvrir les lésions présumées, mais on ne trouve rien de net, soit au niveau du pylore, soit au niveau du grêle. On pratique, néanmoins, une gastro-entérostomie trausmésocolique postérieure, suivant le procédé à anse très courte, sans retournement. Suture à trois plans, au fil de lin.

On fait ensuite l'exclusion du pylore.

*Suites opératoires* très simples; pas d'hémorragie, pas de régurgitations. On ne fait aucun lavage d'estomac. Pas de complication.

En janvier 1920, la malade est revue et dit qu'elle « mange de tout », mais qu'elle souffre encore un peu après les repas.

Un examen radioscopique, fait à cette date, montre un très bon fonctionnement de l'anastomose. Le bismuth tombe rapidement de l'estomac dans l'intestin.

En janvier 1921, la malade, venue se montrer sur appel, dit qu'elle va tout à fait bien. Elle a repris plusieurs kgs. Par prudence, elle se repose 15 à 20 minutes après chaque repas, et peut ensuite reprendre ses occupations habituelles.

OBSERVATION V

*Petit ulcus de la région pylorique. — Gastro-entérostomie postérieure à anse très courte. — Bons résultats opératoires.*

M. H..., 47 ans, employé de commerce, est envoyé, le 17 mars 1921, à l'hôpital Saint-Joseph par son médecin qui le soigne depuis plusieurs années pour hyperchlordrie.

L'affection actuelle a débuté en 1914 par de violentes crises douloureuses gastriques qui survenaient généralement quand le malade était à jeun et provoquaient alors de fréquents vomissements acides. L'ingestion alimentaire calmait ces douleurs.

Mobilisé au début de la guerre, le malade fut presque aussitôt versé dans l'auxiliaire pour ces crises gastriques.

Après la guerre, un régime, suivi assez régulièrement, améliora sensiblement son état.

Mais depuis deux mois les crises sont revenues plus violentes et plus longues qu'auparavant, les vomissements plus fréquents. Amaigrissement de 3 kgs en deux mois. Anorexie habituelle.

Pas d'hématémèse, pas de méléna.

A l'entrée, on trouve un point douloureux à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic avec un peu de clapotage. On ne remarque pas d'ondes péristaltiques ni de tension à l'épigastre; pas d'induration perceptible.

*Radioscopie.* — Le bas-fond de l'estomac est à deux travers de doigts au-dessous des crêtes iliaques.

La motricité est normale. La mobilité complète et indolore. On note un peu de rétention (six heures, en effet, après le premier examen il y a encore un peu de liquide bismuthé dans l'estomac).

En présence de signes aussi peu nets, on conseille au malade de continuer, pendant quelque temps, à suivre son

régime, mais, pressé par sa femme qui, elle-même, a été guérie par une opération, celui-ci réclame une intervention.

*Opération 19 mai 1921* (M. Goullioud).

Pas de lavage d'estomac avant l'opération.

Anesthésie locale à l'alcoïne. Morphine : deux centigrammes.

On trouve un petit pylore induré sans ulcus net à ce niveau. Mais en arrière, dans l'arrière-cavité des épiploons on trouve quelques petites brides cicatricielles blanches. On peut donc admettre qu'il y a vraisemblablement eu un petit ulcus de la région pylorique.

On pratique une gastro-entérostomie postérieure, trans-mésocolique, à anse très courte, sans retournement. Suture à trois plans, au catgut.

La suture de la paroi étant douloureuses, on donne quelques bouffées de Billroth au malade.

*Suites immédiates* très simples. Amélioration rapide. A noter seulement quelques légères régurgitations de bile.

*Le 17 octobre 1921*, le malade est revu. Il a repris trois kgs, a bon appétit et ne souffre plus comme auparavant.

---

## OBSERVATION VI

*Sténose cicatricielle incomplète du pylore. — Gastro-entéro-anastomose postérieure directe et plicature du pylore. — Suites très simples. — Guérison.* ,

M. B..., 40 ans, entre dans le service, le 9 décembre 1919, pour troubles digestifs.

Depuis 1902, le malade ne digérait pas facilement. Une heure environ après chaque repas, il ressentait une douleur, parfois assez vive, accompagnée de sensation de pesanteur,

au niveau du creux épigastrique. Très souvent, ces douleurs étaient suivies de vomissements, plus ou moins abondants, mais toujours très aqueux.

A partir de 1914, les symptômes se modifient un peu, les douleurs n'apparaissent plus que par crises, parfois très espacées, dans l'intervalle desquelles le malade ne souffre pas et ne vomit pas.

Mais depuis juillet 1919, douleurs et vomissements sont devenus plus fréquents que jamais.

Le malade n'a jamais eu d'hématémèse, ni de melœna, mais accuse un amaigrissement notable.

A l'examen, on trouve un abdomen souple, sans distension gastrique. Pas d'induration perceptible, pas de point douloureux électif; par contre, gros clapotage, ondes péristaltiques manifestes.

*Examen radioscopique* (Docteur Arcelin). — Estomac abaissé, médian, dilaté, atonique. Le bismuth dessine un niveau horizontal.

Cinq heures plus tard, tout le bismuth est encore dans l'estomac. Le lendemain, on le retrouve dans le cœcum et le côlon ascendant. Donc, obstacle temporaire à la circulation pylorique.

*Opération le 12 décembre 1919*, par M. Goullioud. — Anesthésie locale, à la néocaïne. Morphine : deux centigrammes.

On trouve un grand estomac flasque et un petit pylore cicatriciel, avec des cicatrices blanchâtres, soit au niveau du pylore, soit un peu à distance.

Le diagnostic de sténose cicatricielle est donc certain.

On fait une gastro-entéro-anastomose transmésocolique postérieure, directe, très près du ligament de Treitz. Suture à trois plans, au fil de lin très fin.

On cherche ensuite à diminuer encore la perméabilité, déjà si incomplète, du pylore, par un surjet va-et-vient séro-séreux.

*Suites.* — Petite complication pulmonaire : matité à la base gauche, râles, léger souffle et température. Mais tous ces symptômes disparaissent rapidement.

Au point de vue opératoire, suites très simples, aucune complication.

16 janvier 1921. — Le malade nous écrit qu'il va tout à fait bien depuis son intervention : « Je mange bien, je digère bien. Mes forces sont revenues, comme il y a dix ans, et j'ai repris mon poids normal que j'avais à 25 ans ».

---

#### OBSERVATION VII

*Petit ulcus de la petite courbure. — Gastro-entérostomie et pylorotomie. — Rétention gastrique de liquide hémastique. — Lavages d'estomac évacuateurs. — Guérison rapide.*

M. D..., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital le 11 juillet 1924, pour troubles gastriques.

Ce malade se plaint de digestions pénibles depuis près de trente ans, mais c'est en 1918 qu'il eut une première véritable crise douloureuse qui dura cinq jours et s'accompagna de vomissements abondants, bilieux et alimentaires. Dans ces vomissements le malade a, à plusieurs reprises, constaté des aliments ingérés la veille.

Depuis cette époque, plusieurs crises nouvelles ont alterné avec des périodes de calme allant de quatre à six mois. Dans ces crises, la douleur est très vive au creux épigastrique, sans irradiations, et survient en général trois heures après les repas.

Le malade n'a jamais eu d'hématémèse ni de méléna, mais accuse un amaigrissement notable et une grande asthénie.

A l'examen, on trouve un ventre rétracté en bateau. La palpation révèle un point douloureux un peu au-dessus de l'ombilic sur le bord externe du grand-droit gauche. Aucune induration n'est perçue; pas d'ondes péristaltiques, mais un peu de clapotage.

*Examen radioscopique* (Docteur Charrat). — Le bismuth ingéré sous l'écran tombe directement dans le bas-fond stomacal qui est à plus d'un travers de main au-dessous des crêtes iliaques. Le pylore est au niveau de l'ombilic. Point douloureux maximum à la partie déclive de la petite courbure un peu à gauche du pylore. Pas de niche ni d'encoche visible à ce niveau. Mobilité normale. Contractions très précoces, très énergiques et suivies d'évacuation pylorique.

*Opération le 17 juillet 1924* (M. Goullioud).

Pas de lavage d'estomac avant l'opération.

Anesthésie locale à l'alcoocaïne. Morphine : deux centigrammes.

Le ventre ouvert, on trouve une induration sur la petite courbure, caractéristique d'un ulcus. On hésite un instant entre une résection médio-gastrique et un Billroth II. Mais l'ulcus paraissant trop près du pylore pour que l'on puisse faire une bonne médio-gastrique, on prend la seconde méthode.

1<sup>er</sup> temps : gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, non isopéristaltique, un peu plus loin que d'habitude à gauche, en vue de la résection projetée. Sur l'intestin, la bouche est faite à environ deux travers de doigts du Treitz. Suture à trois plans, au catgut pour la muqueuse. Fermeture de la brèche mésocolique avec trois points.

2<sup>e</sup> temps : résection (Billroth II) de l'ulcère et d'un quart de l'estomac environ. Suture des deux tranches gastrique et duodénale à deux plans avec va-et-vient. On met un petit drain.

Suture de la paroi en un plan, au fil de bronze. On donne, pour ce dernier temps, quelques gouttes de kélène au malade.

*Suites opératoires.* — Le lendemain de l'opération assez bon état, mais pouls un peu rapide.

Le 19 juillet, le malade vomit abondamment dans la journée un liquide noirâtre. On a l'impression d'un arrêt de la circulation gastrique. Le pouls est à 120, il n'y a pas de température. Il ne peut s'agir de péritonite, le ventre étant très souple et rétracté en bateau. Par contre, une certaine

voissure sous le rebord costal gauche indique, évidemment, un estomac en rétention.

On fait un lavage d'estomac à l'eau alcaline. On trouve plus d'un litre de liquide noirâtre en rétention.

Le 20 juillet. Pouls moins rapide, à 112. Le ventre est toujours rétracté. Le malade n'a pas vomi depuis la veille. Nouveau lavage d'estomac. Le liquide gastrique est beaucoup moins noir, il n'y a plus de sang. La rétention ne semble pas atteindre 100 grammes.

Le lendemain, le malade va beaucoup mieux. La circulation gastrique semble normalement rétablie. Amélioration rapide les jours suivants.

Le 24 août, le malade quitte l'hôpital tout à fait guéri.

---



## CHAPITRE IV

---

### **Indications comparées de la gastro-entérostomie et des autres méthodes.**

---

En apportant ici les résultats cliniques d'une méthode, nous n'avons nullement l'intention de présenter celle-ci comme supérieure aux autres et de vouloir la leur substituer systématiquement.

Volontiers, nous admettrons qu'au lieu d'exclure un procédé pour un autre, il faut, au contraire, chercher l'indication des uns et des autres. Et c'est ainsi que, quelque partisan que nous soyons de l'anse courte et directe, nous reconnaissons qu'il y a parfois des indications très nettes de recourir à l'anse longue dans les gastro-entérostomies postérieures.

En principe, toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une disposition anatomique normale, et que nulle contre-indication pathologique n'entrera en ligne de compte, on pourra pratiquer avec avantage

la gastro-entérostomie directe, à anse très courte, sans retournement.

Si le jéjunum, par contre, se porte, dès son origine, très nettement à droite, il ne pourra être question, évidemment, de modifier cette direction, et l'anastomose devra, tout naturellement, rester isopéristaltique avec une anse plus ou moins longue.

Mais c'est surtout une modification pathologique de la forme de l'estomac qui sera une contre-indication pour notre procédé à anse très courte.

Il est bien certain que lorsqu'on se trouvera en présence d'un grand estomac, ptosé, atonique, on devra, comme dit M. Cunéo, « pour amener, sans traction, l'anse jéjunale au niveau de la grande courbure, attirer au dehors une certaine longueur de jéjunum », et pratiquer, de ce fait, la bouche anastomotique assez loin du Treitz.

Même indication de l'anse longue dans les cas où l'on aura, au contraire, un estomac petit, hypertonique, rétracté, haut situé dans le ventre, comme cela se voit fréquemment dans l'ulcère duodénal. Notre observation IX se rapporte à un cas analogue, où M. Goullioud dut, pour ainsi dire, suspendre l'anastomose, haut dans le ventre, sur une poche cardiaque rétractée d'estomac biloculaire très adhérent, qui ne pouvait être abaissé, et où il bénéficia du décollement colo-épiploïque et de l'effondrement de l'épiploon à la façon de Pierre Duval et de Toupet.

C'est également à l'anse longue qu'il faudra recourir, lorsque, faisant une simple gastro pour cancer de la région pylorique (l'exérèse étant impossible),

on cherchera à faire la bouche anastomotique le plus loin possible de la région dégénérée, très à gauche, pour éviter son envahissement trop rapide.

Enfin, quelques cas bien particuliers peuvent aussi entrer en ligne de compte ; telle est cette observation publiée par M. Goullioud dans le *Lyon Chirurgical* de mai-juin 1921 : il s'agissait d'une fistule duodénale qu'il fallait guérir par gastro-entérostomie et exclusion du pylore. Une anse courte, au niveau du ligament de Treitz, eut peut-être exposé à un reflux des aliments gastriques par le duodénum ouvert par une large fistule. Une anse longue a écarté ce danger.

Mais tous ces cas ne sont, en somme, que des exceptions. En général, la disposition de l'intestin étant, par rapport à celle de l'estomac, celle que nous avons décrit plus haut, l'anastomose la plus rationnelle semble donc bien être l'anastomose directe, sans retournement, qui respecte, en tous points, cette disposition anatomique.

Pour étayer ce chapitre, nous rapportons ici quelques observations typiques, où l'anse longue s'imposait.

---



## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION VIII

*Ulcus prépylorique. — Pseudo-biloculation. — Gastro-entérostomie postérieure isopéristaltique, par suite de la direction du jéjunum. — Bonnes suites opératoires.*

Mme G..., entre dans le service le 5 novembre 1923 pour douleur persistante au niveau du creux épigastrique et vomissements fréquents.

Son passé digestif remonte à l'âge de 18 ans : la malade éprouve pendant de nombreuses années quelques douleurs, assez vives parfois, à intervalles irréguliers, soit avant, soit après les repas.

Vers l'âge de 32 ans apparaissent quelques vomissements, survenant, en général, immédiatement après une ingestion alimentaire. Ces vomissements dans la suite deviennent intermittents.

Depuis le mois de juillet 1923, l'état général s'aggrave. Les vomissements deviennent plus fréquents, apparaissent à tout moment et sont tantôt bilieux, tantôt alimentaires. L'amaigrissement est rapide. La douleur redouble d'acuité au creux épigastrique avec irradiation dans le dos et dans le ventre.

Pas d'hématémèse, pas de melœna.  
Constipation habituelle.

A l'examen, on trouve une paroi abdominale flasque. On ne remarque pas d'ondes péristaltiques ni de tension à l'épigastre. On note un point douloureux dans l'hypocondre gauche, presque sous les fausses côtes.

*Radioscopie* (Docteur Charrat), le 13 novembre 1923. — Pas de liquide de rétention à jeun. Le liquide opaque tombe directement dans le bas-fond stomacal. Peu à peu il remplit en même temps une poche supérieure, petite, communiquant avec la poche inférieure par un passage assez large le long de la petite courbure. A ce niveau correspond une profonde encoche sur la grande courbure. La poche inférieure a de grandes dimensions et descend à une main au-dessous de la crête iliaque. Contractilité normale.

Cet examen radioscopique fait penser à un estomac biloculaire.

*Intervention*, 22 novembre 1923 (M. Goullioud).

Anesthésie locale : allocaïne, 1 gramme; injection de morphine de deux centigrammes.

A l'ouverture de l'abdomen, on ne trouve pas la bilocation sur laquelle on comptait d'après la radioscopie; l'estomac se présente vide, allongé en boyau, avec des rétrécissements par contractions.

On trouve, par contre, dans la région prépylorique une petite induration, évidemment symptomatique d'un ulcus.

On décide donc de ne faire qu'une simple gastro-entérostomie transmésocolique postérieure. Mais, en commençant celle-ci, on remarque que le jéjunum, au lieu de se diriger à gauche, comme d'habitude, revient franchement à droite dès son origine. Il est fixé dans cette direction par un voile péritonéal, non inflammatoire mais naturel. Par suite de cette disposition anatomique, l'anastomose est faite isopéristaltique.

Suture à trois plans, au catgut pour la muqueuse et au fil de lin pour les deux autres plans.

*Suites opératoires*, très simples. — Aucune complication.

La malade quitte le service trois semaines environ après son intervention, en parfait état de santé.

---

OBSERVATION IX

*Estomac biloculaire. — Grande poche prépylorique.  
— Hémigastrectomie impossible. — Gastro-enté-  
rostomie sur la poche supérieure. — Guérison.*

Mme S..., âgée de 62 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 24 janvier 1924, pour troubles digestifs.

La malade souffre de l'estomac depuis 15 ans. Elle éprouve à l'épigastre une sensation de brûlure, deux heures environ après les repas.

En 1922, apparition de vomissements aqueux, parfois de couleur très foncée, survenant à tout moment et assez fréquents.

Depuis trois mois ces vomissements se sont arrêtés, la sensation de brûlure à l'épigastre a disparu, faisant place à une nouvelle douleur, en ceinture, dans la région lombaire.

La malade n'a jamais eu de mélœna, ni d'hématémèse. Elle n'accuse aucun dégoût soit pour les viandes, soit pour les graisses.

A l'examen, on ne trouve aucun signe objectif net. Le ventre est souple. On ne perçoit aucune induration. Il n'y a ni ondes péristaltiques, ni clapotage.

*Examen radioscopique* (Docteur Charrat). — Rétention partielle après cinq heures. Sous l'écran, l'estomac se remplit en deux temps; il se compose d'une poche inférieure, représentant le bas-fond et l'antrum pylorique, située à trois travers de doigts au-dessous des crêtes iliaques, et d'une poche supérieure placée en grande partie sous les fausses côtes. La communication entre les deux poches se fait par un trajet irrégulier, situé sur le côté interne de la poche supérieure. On a nettement l'impression d'une biloculation.

*Opération*, 6 février 1924 (M. Goullioud).

Anesthésie locale à l'allocaine. Morphine.

Le ventre ouvert, on reconnaît bien vite qu'il s'agit, en effet, d'un estomac biloculaire. On trouve des adhérences

épiploïques superficielles, allant jusqu'au foie, qu'on libère. La poche pylorique est importante et forme à elle seule les deux tiers de l'estomac. La poche supérieure est en entonnoir; une forte angulation existe entre les deux.

Comme il y a des adhérences profondes, diffuses, entre la zone de l'ulcus et le pancréas, on renonce à une résection médio-gastrique et on décide de ne faire qu'une simple gastro-entérostomie sur la poche supérieure.

On amorce un décollement coloépiploïque à travers une brèche du méso-côlon transverse, et l'on amène une anse, plus ou moins longue, que l'on anastomose à trois plans à la poche gastrique supérieure. On fixe ensuite la brèche du méso-côlon à l'estomac. Par prudence, on fait une jéjunojéjunostomie complémentaire au bouton de Jaboulay.

*Suites opératoires*, très bonnes. — Aucune complication. Aucun lavage d'estomac.

Le 28 février, la malade, qui commence à s'alimenter un peu, trouve qu'elle digère très bien, qu'elle n'a plus « aucune impression désagréable de ballonnement après les repas ».

À la *radioscopie*, on voit nettement la poche supérieure en entonnoir, avec issue facile du liquide bismuthé qui descend, presque verticalement, par l'anastomose dans la fosse iliaque gauche. Une certaine quantité du liquide va dans la poche pylorique qui est légèrement distendue.

On laisse partir la malade en se réservant de faire plus tard, s'il est nécessaire, une résection de la poche pylorique.

Vue à plusieurs reprises depuis son opération, la malade est venue se montrer, pour la dernière fois, le 24 octobre 1924. Elle digère très bien, ne souffre plus au niveau de l'estomac et va régulièrement à la selle. Elle se plaint de quelques crises d'essoufflement, d'origine cardiaque vraisemblablement.

---

## OBSERVATION X

*Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie simple iso-péristaltique, par suite de la direction à droite du jéjunum. — Suites opératoires simples.*

M. Ch..., âgé de 66 ans, entre à l'hôpital le 20 décembre 1923 pour troubles digestifs et vomissements.

Ce malade, qui aurait toujours eu une bonne santé antérieure, ne souffre de l'estomac que depuis trois ou quatre mois. Ses malaises ont débuté par du hoquet fréquent avant les repas et par une sensation de pesanteur après ceux-ci, au niveau de l'épigastre.

Depuis le début de novembre 1923, son état s'est rapidement aggravé. Apparition de vomissements alimentaires, trois ou quatre heures environ après les repas. Ces vomissements, dans lesquels le malade a reconnu des aliments ingérés deux et trois jours auparavant, deviennent bien vite très fréquents, presque quotidiens.

Amaigrissement rapide de 13 kgs en un mois et demi. Le malade n'a cependant aucun dégoût pour les matières grasses et les viandes.

Il n'a jamais eu ni hématemèse, ni méléœna.

A l'entrée, malgré un amaigrissement très marqué, l'état général est encore assez bon.

A l'examen, on a nettement l'impression d'une résistance au niveau du pylore. On ne voit pas l'estomac se dessiner sous la paroi.

*La radioscopie* indique un estomac petit et une rétention très marquée.

*Opération, 22 décembre 1924 (M. Goullioud).* — Anesthésie locale à l'allocaïne. Morphine : deux centigrammes.

Dès l'ouverture du ventre, on trouve un gros néoplasme sur la petite courbure et la région pylorique. Une exérèse

est jugée impossible. On se contente de faire une simple gastro-entérostomie, très à gauche, pour éviter un envahissement trop rapide. D'ailleurs, le jéjunum, dès son origine au ligament de Treitz, se dirigeant nettement à droite, on fait l'anastomose iso-péristaltique. Suture à trois plans.

*Suites immédiates* des plus simples.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — Dans la pratique de la gastro-entérostomie postérieure, il reste, actuellement, trois modes principaux de fixation du jéjunum à l'estomac, représentés par les trois procédés différents de : von Hacker, de Ricard, et de Mayo, auxquels se rattachent, avec quelques variantes, tous les autres procédés.

Dans la méthode de Von Hacker, il y a suspension horizontale de l'anse jéjunale, qui a été retournée de gauche à droite, de telle sorte que les aliments, provenant de l'estomac de gauche à droite, continuent leur progression dans l'intestin, suivant la même direction. C'est le procédé dit isopéristaltique.

Dans la méthode de Ricard et Moynihan, on fait une suspension verticale du jéjunum sur la face postérieure de l'estomac, et on établit l'anastomose sur l'anse descendante, généralement sans retournement.

Dans la méthode de Mayo, à laquelle s'est rattaché M. Goullioud, on fait une anastomose horizontale, beaucoup plus près du ligament de Treitz que dans les deux cas précédents, en un point où, normalement, le jéjunum a une direction gauche. On respecte cette disposition anatomique par une anastomose directe, sans retournement.

II. — Le retournement de l'anse jéjunale à la von Hacker est le procédé le plus habituellement employé en France. Ce retournement n'est, cependant, point nécessaire. Il semble même avantageux, dans la majorité des cas, d'employer l'anastomose directe, à anse très courte, suivant la méthode de Mayo.

III. — Cette dernière manière de faire a une raison anatomique, basée sur ce fait, qu'immédiatement après le ligament de Treitz, le jéjunum se dirige nettement à gauche. Si donc, on fait la bouche anastomotique sur cette portion jéjunale à direction gauche, il faut ne pas retourner l'anse. Dans ce cas, l'anastomose est faite très près du ligament de Treitz, *juxta-ligamentaire*. Dans le von Hacker, au contraire, et même dans le Ricard, on se trouve forcément amené à la faire à une distance plus grande du point fixe.

IV. — Au point de vue physiologique, l'expérience nous montre que cette anastomose directe remplit très bien son rôle. Les aliments, passant de l'estomac dans le jéjunum, se trouvent immédiatement soumis au péristaltisme intestinal qui, dans cette portion de l'intestin, les entraîne d'abord à gauche, comme nous l'indique la radioscopie.

V. — Les résultats de nos observations montrent un bon fonctionnement du néo-pylore : pas de circulus viciosus, pas ou peu de régurgitation de bile, inutilité également des lavages d'estomac, tout au moins, au point de vue du rétablissement de la circulation gastro-intestinale.

VI. — Une disposition anatomique différente, où le jéjunum se dirige à droite, dès son origine, nous ramène, toute naturellement, au procédé de von Hacker. D'ailleurs, quelques indications restent de recourir à une anse longue, avec isopéritaltisme ; il est alors souvent utile d'y joindre une jéjuno-jéjunostomie. Nous faisons allusion au cas d'un petit estomac, haut situé, que l'on ne peut abaisser jusqu'au voisinage du ligament de Treitz.

VII. — En somme, le procédé de Mayo et Goullioud donne un excellent fonctionnement anastomotique. Il nous a paru intéressant de le faire connaître, sans prétendre, évidemment, que l'on ne puisse faire une très bonne gastro-entérostomie en recourant aux autres procédés.

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
|              | LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE, |
| <i>Vu :</i>  | TIXIER                    |
| LE DOYEN,    |                           |
| JEAN LÉPINE. |                           |

*Vu et permis d'imprimer :*  
*Lyon, le 16 Octobre 1924*  
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
CAVALIER.

---



## BIBLIOGRAPHIE

---

ARTAIX. — Les suites immédiates de la gastro-entérostomie.  
(*Thèse de Paris*, juillet 1924.)

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE. — 12<sup>e</sup> réunion. Indications et résultats de la gastro-entérostomie.  
(*Revue de Chirurgie*, 1910. T. I, p. 121.)

AUMONT. — Gastro-entérostomie directe à anse très courte.  
(*Presse médicale*, 5 décembre 1923, p. 1.019.)

CUNÉO. — Sur la technique de la gastro-entérostomie. (*Bulletins et mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 9 février 1924, p. 148.)

GIRE. — De l'hémigastrectomie dans le traitement de l'estomac biloculaire. (*Thèse de Lyon*, 1922, p. 48.)

GOUILLOUD. — De la gastro-entérostomie non isopéristaltique. (*Lyon Chirurgical*, mai-juin, 1921.)

— De la gastro-entéro-anastomose sans retournement de l'anse jéjunale. (*Journal de Chirurgie*, 1922.)

— De la gastro-entérostomie juxta-ligamentaire et paramarginale. (*Bulletins et mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*. 17 mai 1924, p. 578.)

HARTMANN. — *Travaux de Chirurgie*. T. III.

LAMBRET (de Lille). — Des soins pré et post-opératoires et du choix de l'anesthésie dans les opérations sur l'estomac. (*Rapport au xxxiii<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie*, Paris 1924.)

LEVEN et BARRET. — *Radioscopie gastrique et maladies de l'estomac*.

DE MARTEL. — Troubles de la circulation gastro-intestinale après la G. E. avec retournement. (*Bulletins et Mémoires Soc. Chir.*, Paris 1920. p. 1441.)

MATHIEU, SENCERT et TUFFIER. — *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage*. (Technique opératoire par M. Th. Tuffier et J.-L. Berger, p. 886.)

MAYO (W.-J.). — The technique of gastro-jéjunostomy. (*Annals of Surgery*, 1906, (I, p. 537.)

— *Annals of Surgery*, 1908, janvier.

— *Collect. Papers by the Staff of the S. Mary's hospital*. Mayo Clinic., 1905-1909, p. 76.

MÉTRAUX. — Les résultats éloignés de la G. E. P. simple dans les ulcères de l'estomac et du duodénum. (*Clinique Chirurg. de l'Université de Lausanne*, 1920.)

MONOD (Ch.). — Rapport sur 2 observations de G. E. par le Docteur Roux, de Lausanne. (*Bulletins et Mémoires Société Chirurg.*, 1889, p. 573.)

MOREAU. — Suites de la G. E. pratiquée pour sténose non cancéreuse du pylore. (*Thèse de Paris*, 1909.)

MOYNIHAN. — *Brittish méd. Journ.*, 9 mai 1908, n° 2.471, p. 1.092.

PAPADOPOULOS (T.). — Contribution à l'étude des suites chirurgicales éloignées et de la valeur de la gastro-entérostomie. (*Thèse de Paris*, 1910.)

PAUCHET (V.). — *Pratique chirurgicale illustrée*, T. III.

PIÉRI (de Marseille). — Valeur thérapeutique de la gastro-entérostomie. (*Revue de Chirurgie*, 1912, T. I, p. 362.)

RAZEMON. — Complications pulmonaires après intervention sur l'estomac. Recherches pathogéniques. Prévention par vaccination. (*Thèse de Lille*, 1924.)

RECLUS (Paul). — Communication sur une observation de gastro-entérostomie. (*Bulletins et Mémoires Société de Chirurgie*, 1892, p. 608.)

RICARD et CHEVRIER. — De la gastro-entérostomie. (*Gazette des Hôpitaux*, Paris 1905, p. 99.)

ROCKWITZ. — Die gastroenterostomie an der Stassbürger chirurgischen Klinik. (*Deutsch. Zeitsch. f. Chirurg.*, 1887, T. XXV, p. 501-564.)

TUFFIER et AUBOURG. — Examens de quelques estomacs à l'aide des rayons de Röntgen. (*Presse médicale*, Paris 1907, p. 726 et 805.)

VÆLKER (de Heidelberg). — Sur la technique de la gastro-entérostomie. (*Revue de Chir.*, 1913. T. II, p. 658.)

WÖLFLE. — *Centralb. f. Chirurgie*, 1881, n° 45.

---

## TABLE DES MATIERES

---

|                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction . . . . .                                                                                           | 11 |
| Chapitre premier. — Historique . . . . .                                                                         | 15 |
| Chapitre II. — Gastro-entérostomie para-margi-<br>nale et juxta-ligamentaire . . . . .                           | 23 |
| a) Technique opératoire. . . . .                                                                                 | 23 |
| b) Raisons anatomiques et physiologiques du<br>procédé . . . . .                                                 | 28 |
| Chapitre III. — Résultats cliniques. . . . .                                                                     | 33 |
| Chapitre IV. — Indications comparées de la gas-<br>tro-entérostomie directe et des autres mé-<br>thodes. . . . . | 51 |
| Conclusions . . . . .                                                                                            | 61 |
| Index bibliographique. . . . .                                                                                   | 65 |

---

